



1° Commitment Nazionale
della Scuola Permanente
di Formazione Continua AMD

*Il percorso "Basal Plus"
all'interno di un modello AMD
disegnato per migliorare
le performance*



Quale il futuro dell'assistenza diabetologica in Italia

Il Grande Progetto AMD

Sandro Gentile



con il contributo
non condizionante di

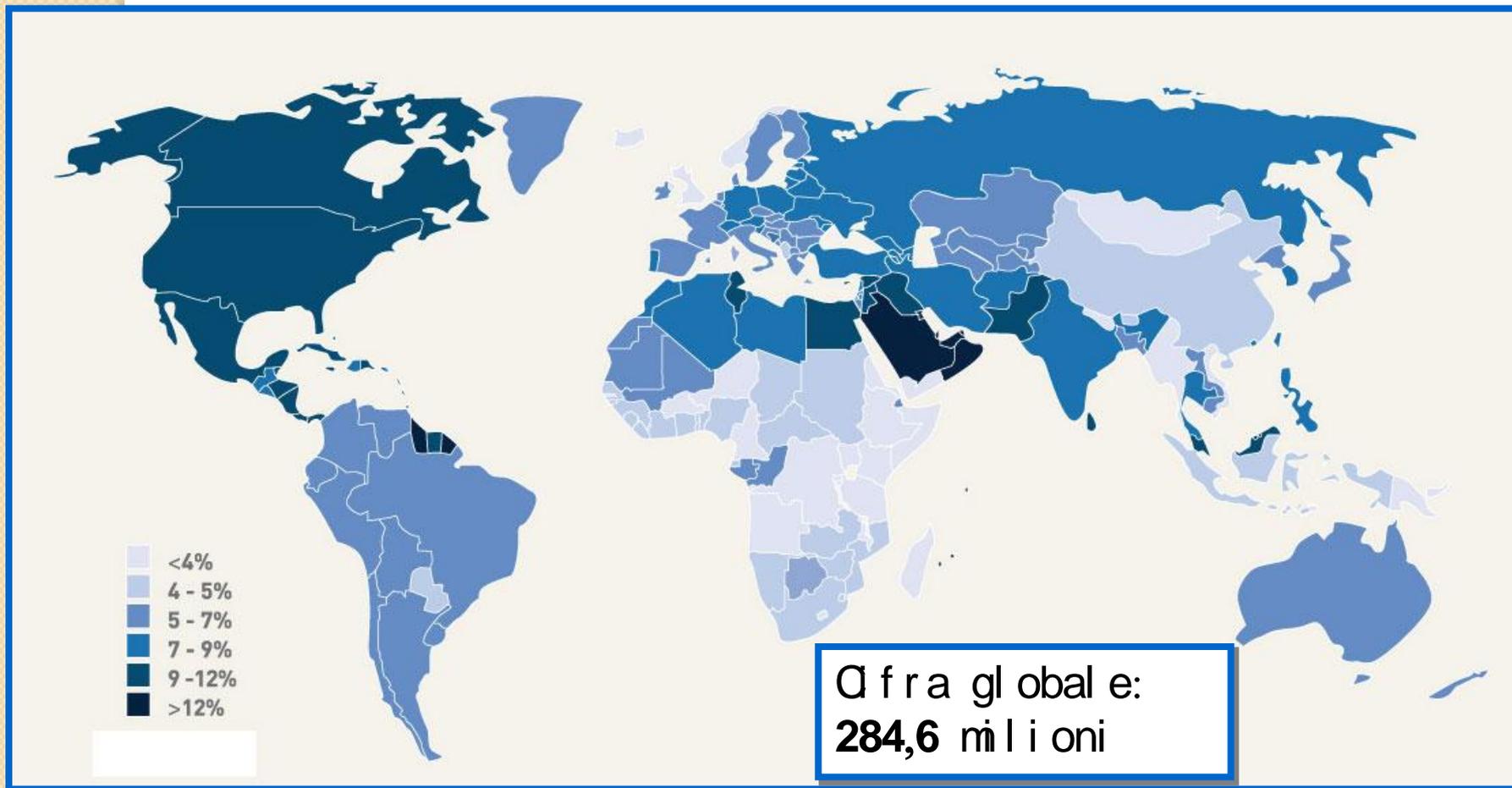
sanofi aventis

La salute, la cosa più importante



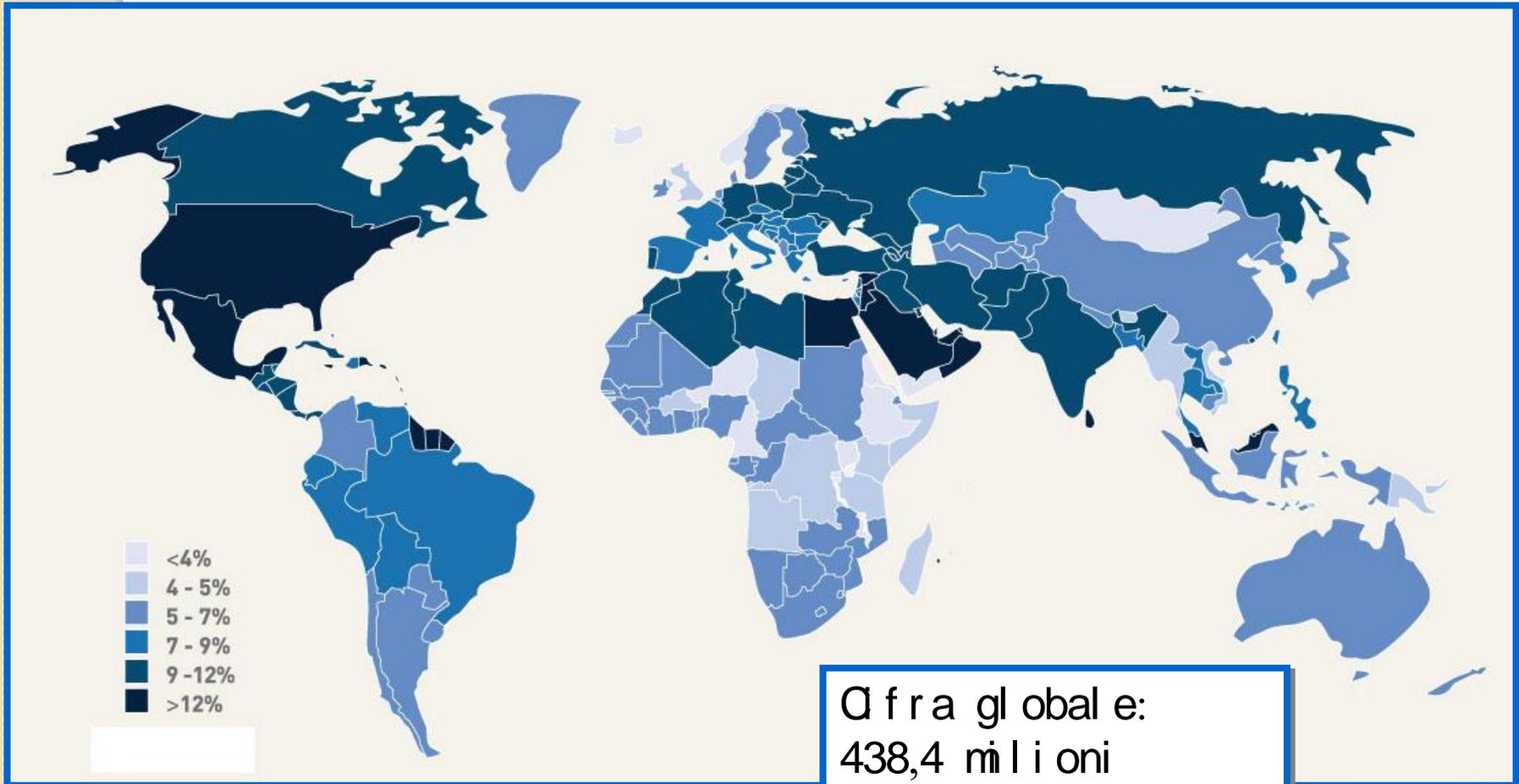
Diabet e nel l a popol azi one

Quadro mondiale 2010



Diabet e nella popolazione

Proiezione mondiale nel 2030



OGNI ANNO A CAUSA DEL DIABETE..



- ... **70 mila** IMA
- ... **18 mila** ICTUS
- ... **20 mila** INSUFFICIENZA RENALE
- ... **5 mila** AMPUTAZIONE DEGLI ARTI INFERIORI
- ... **18 mila** MORTI

ISTAT 2009

LA CAUSA: CATTIVO CONTROLLO DEL DIABETE

Il nostro obiettivo è che le persone con diabete mantengano fin da **SUBITO il loro livello di glicemia e HbA1c il più possibile normale**

Medici, 45mila in pensione ma non saranno rimpiazzati

Esodo fino al 2015. I sindacati: specializzandi subito in ruolo

Le cifre

130mila
DIPENDENTI
Il numero di medici che lavora negli ospedali del servizio sanitario

61 anni
L'ETÀ MEDIA
I dottori fino ad ora sono andati in pensione tra i 61 e i 62 anni

2.500
GLI ANNI SCORSI
Il numero medio di medici andati in pensione tra il 2005 e il 2009

45mila
PENSIONATI
I medici che usciranno dagli ospedali fino al 2015. Un terzo di questi già nel 2010



Le cifre

5-6 anni
LA FORMAZIONE
Dopo la laurea i medici fanno la specializzazione nei reparti universitari

2028
IL PAREGGIO
Solo tra 18 anni il numero di assunti e pensionati tornerà ad essere uguale

6 su 7
I BOCCIATI
Al test per Medicina la maggioranza dei candidati viene esclusa

3.500
NEO SPECIALIZZATI
Ogni anno escono dall'università 5mila specialisti, di cui il 70% resta in ospedale

NUOVI E VECCHI COMPETITORS






CORSO ANIMO-FADOI
La gestione del paziente diabetico in ospedale

I protocolli per la gestione del paziente diabetico in Ospedale

Valeria Manicardi
 Dipartimento Internistico – Osp. di Montecchio
 AUSL di Reggio Emilia
 Consigliere Nazionale AMD



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
 EMILIA-ROMAGNA
 Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena



La gestione del Paziente Diabetico in Ospedale

Caso clinico : Infarto miocardico acuto (IMA)

Anna Vittoria Ciardullo
 Anna Morselli
 Lorella Rossetti
 UO Medicina Interna
 Ospedale Ramazzini AUSL Modena

Bologna, 17 Maggio 2010




XV CONGRESSO NAZIONALE FADOI
 16-19 maggio 2010

CORSO: La gestione del paziente diabetico in ospedale

ANTONELLA SCIARAPPA
 Dirigente Medico
 I.P.A.S. – Diabetologia

Dipartimento di Medicina
 Ospedale Madonna del Buon Consiglio
 Fatebenefratelli
 Napoli

Caso clinico:
 Paziente con STRC 10-05-16-Bologna%20(Home) 2010

Il diabetico in ospedale:
la dimensione del problema

Lucia Nobilio
 Bologna, 16-19 maggio 2010

XV Congresso Nazionale FADOI

Agenzia sanitaria e sociale regionale



Sanità

IN VETRINA

Decolla il Piano sanitario 2011-2013: avviato l'iter per l'intesa definitiva

Via libera dei governatori allo schema di Piano sanitario nazionale 2011-2013 presentato la scorsa settimana dal ministro della Salute, Ferruccio Fazio. Ora tocca a Palazzo Chigi, poi ai pareri delle commissioni parlamentari e infine il varo con un'intesa Stato-Regioni. *(Servizio a pag. 9)*

▼ **Pit Salute 2010: sempre più denunce e attese**
Presunti errori e liste d'attesa restano in crescita nel 2009, mentre Rsa e lungodegenze rimangono un miraggio: i dati nell'ultimo rapporto del Tdm. *(Servizio a pag. 14)*

▼ **Previdenza: la ricongiunzione diventa onerosa**
Con la legge 122/2010 cambia il meccanismo delle ricongiunzioni contributive: ora il lavoratore paga il 50% della differenza tra contributi versati e costo dell'operazione. *(Servizio a pag. 25)*

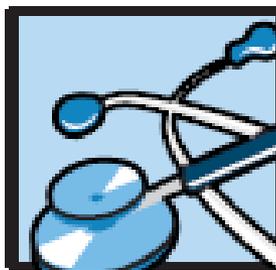
▼ **Clinical competence: verifica della professionalità**
Modello Fadol-Bocconi su tre livelli per certificare le capacità dei medici, dai percorsi clinici delle varie competenze al benchmark e all'audit tra professionisti. *(Servizio a pag. 23)*

▼ **Provveditori ed economi Asl chiedono più spazi**
Gli economi delle Asl al convegno Fare reclamano un ruolo più centrale senza esclusione dai processi di rimodulazione della domanda di beni e servizi. *(Servizio a pag. 20)*

Cresce la necessità di monitorare e verificare le competenze professionali dei medici

Cercasi «clinical competence»

Il modello Fadoi-Bocconi punta a certificare le capacità su tre livelli



I DOCUMENTI UFFICIALI SULLA COMPETENZA PROFESSIONALE

L'impegno alla competenza professionale costituisce un obbligo sancito sia dal Codice di deontologia medica che dalla Carta della professionalità medica, con evidenti conseguenze etico-giuridiche.

Codice di deontologia medica *Impegno alla competenza professionale*

Articolo 21

Competenza professionale
Il medico deve garantire impegno e

competenza professionale, non assumendo obblighi che non sia in condizione di soddisfare.

Egli deve affrontare nell'ambito delle specifiche responsabilità e competenze ogni problematica con il massimo scrupolo e disponibilità, dedicandovi il tempo necessario per una accurata valutazione dei dati oggettivi, in particolare dei dati anamnestici, avvalendosi delle procedure e degli strumenti ritenuti essenziali e coerenti allo scopo e assicurando attenzione alla disponibilità dei presidi e delle risorse.

Carta della competenza professionale

I medici devono tenersi costantemente aggiornati in quanto è loro responsabilità mantenere il livello di conoscenze mediche e di competenze cliniche e organizzative necessarie per offrire un'assistenza di qualità.

Più in generale, l'intera professione deve cercare di verificare che tutti i suoi membri siano competenti e che i medici abbiano a disposizione i meccanismi appropriati per raggiungere questo obiettivo. ●



Il Sole **24 ORE**



Sanità

Anno XIII - n. 44
 Periodico Italiano Sped. in A.P.
 D.L. 353/2003 conv. L. 46/2004,
 art. 1, c. 1, DCh Roma

Settimanale
 23-29 novembre 2010
 www.24oresanita.com

RIFORMA CON TRE DECRETI



Farmacia dei servizi al via

Prenotazioni, analisi e prestazioni nei presidi privati

V la libera sul filo di lana per la farmacia dei servizi che giovedì scorso ha incassato il «sì» della Stato-Regioni a tre decreti attuativi del Dlgs 153/2009 che servono a trasformare i presidi privati convenzionati in front office del Ssn corredata di una pesante zavorra: la clausola di cedevolezza in base alla quale le nuove regole cedono il passo a eventuali normative regionali che ab-

biano già provveduto a disciplinare i medesimi servizi.

Sostanzialmente inalterata l'ossatura dei tre provvedimenti: le farmacie potranno prenotare visite, incassare ticket, consegnare referti, fare analisi di prima istanza, gestire infermieri e fisioterapisti. Ma il tutto resta fortemente subordinato al tornaconto delle Regioni.

A PAG. 6

DA CONTROLLORE DELLA GLICEMIA A GESTORE DELLA COMPLESSITA'



Dalla Governance alla Competence

Clinical Competence come Percorso

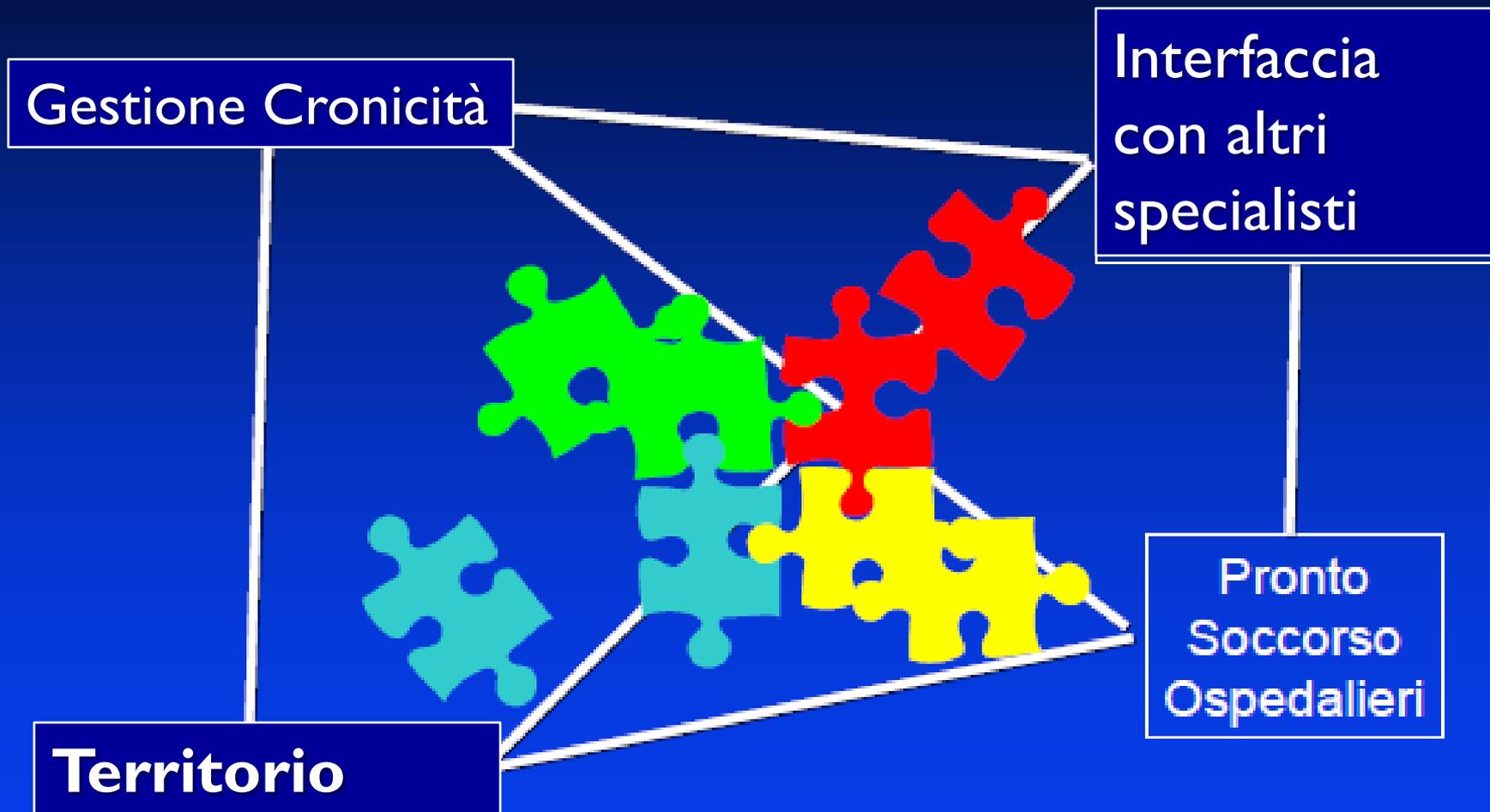


Dalla Governance alla Competence

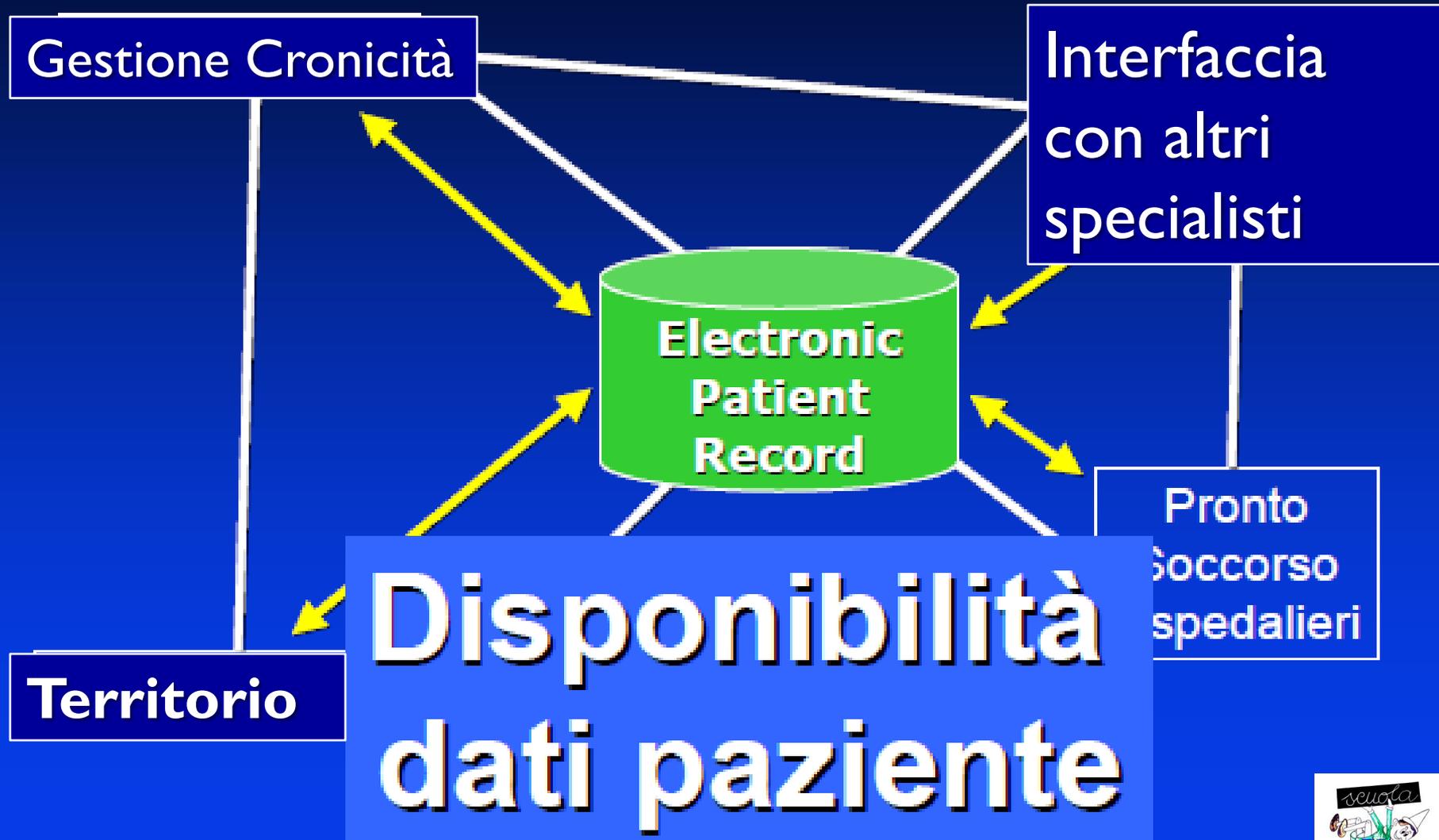
Ovvero la Competence a servizio della Governance

- Competenze
- Curriculum
- Ruolo Unico
- Fa quello che altri non fanno
- Ruolo Trasversale alle altre discipline

Coordinamento e interazione tra i livelli della rete



Coordinamento e interazione tra i livelli della rete: Condivisione informazioni con la telemedicina





IL DIABETOLOGO MODERNO

E' il gestore della cronicità

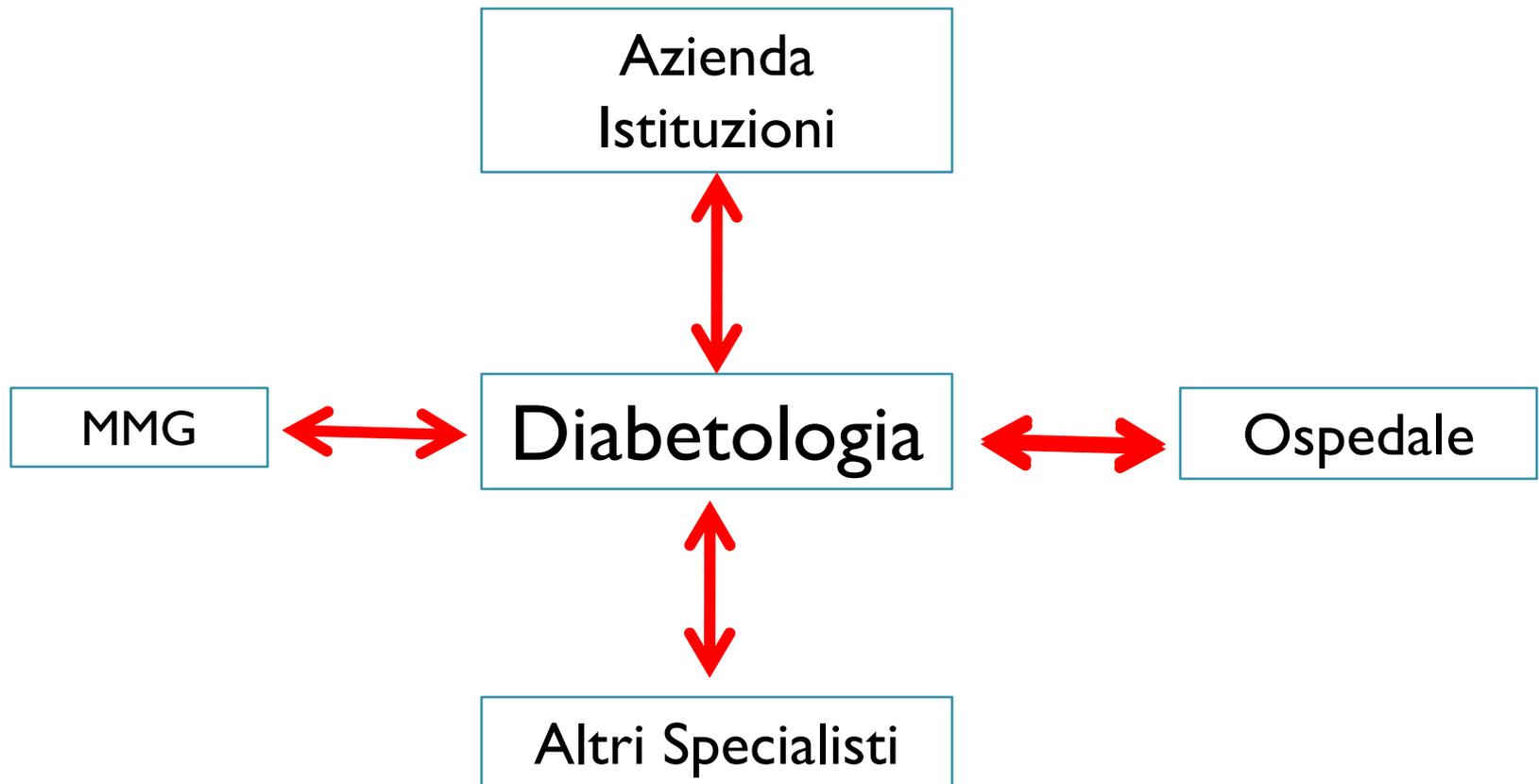
Ne ha la vocazione e le competenze

Lavora in team:

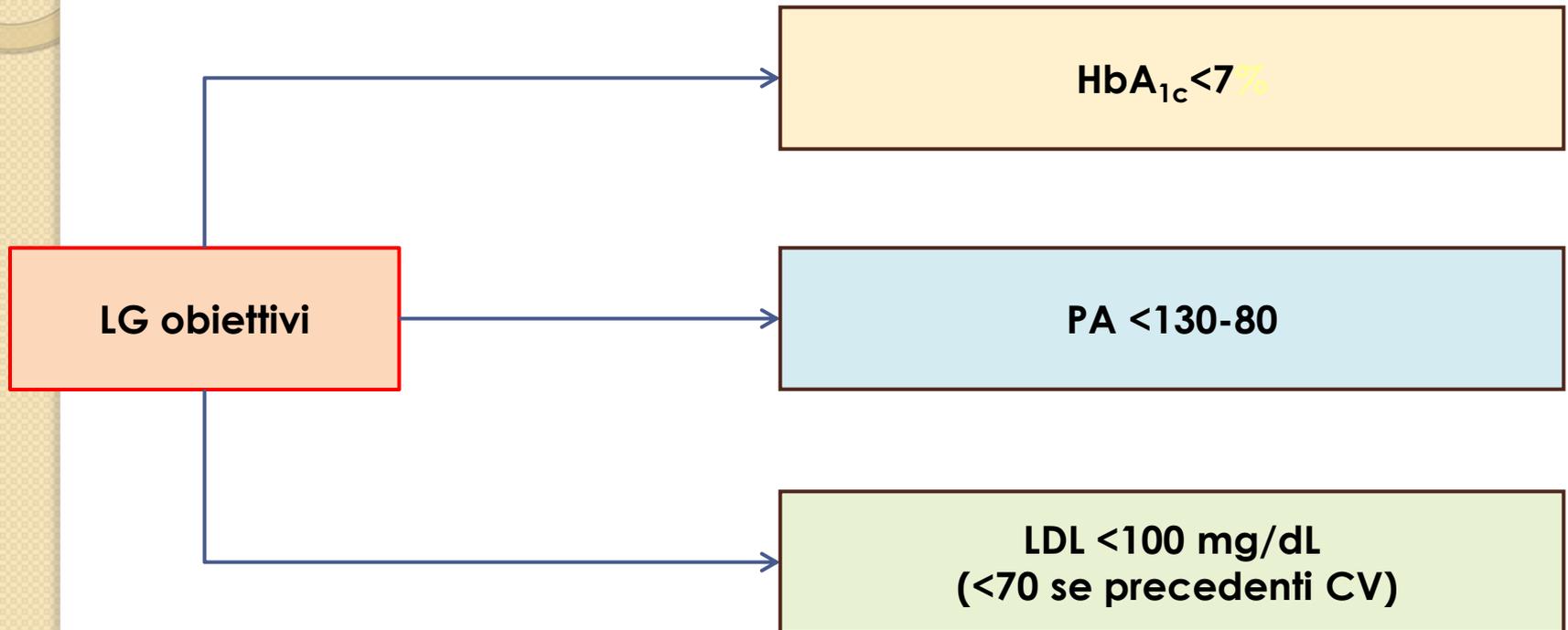
- Équipe multiprofessionale
- Rete di professionisti collegati funzionalmente (territorio)

IL DIABETOLOGO MODERNO

Descrive percorsi complessi in relazione con altre entità



Che cosa deve fare



Cultura e Competenza non bastano: bisogna renderle operanti attraverso una adeguata organizzazione

GLI STRUMENTI

Competenze

- Gestire i farmaci e tecnologie
- Interagire con altre competenze professionali
- Interloquire con la Direzione Aziendale
- Ragionare per obiettivi e non per prestazioni

Strumenti

- Organizzazione
- Informatizzazione
- Verifica periodica
- Management



GLI STRUMENTI

Sul territorio

Il diabetologo moderno può regolare il flusso delle ospedalizzazioni

In Ospedale

E' strumento della Direzione Aziendale per l'ottimizzazione delle degenze di tutti i reparti

GLI STRUMENTI

Ottimizza strumenti di gestione clinica

AUTOCONTROLLO

- Peculiarità della diabetologia
- Ne ottimizza il significato clinico ed educativo
- Lo gestisce in team
- Ne controlla efficacia e affidabilità

Ottimizza il peso economico degli strumenti che adopera

Quello che serve, quando serve, nella misura in cui serve

FLESSIBILITA' ORGANIZZATIVA

Percorsi differenziati in risposta ai bisogni

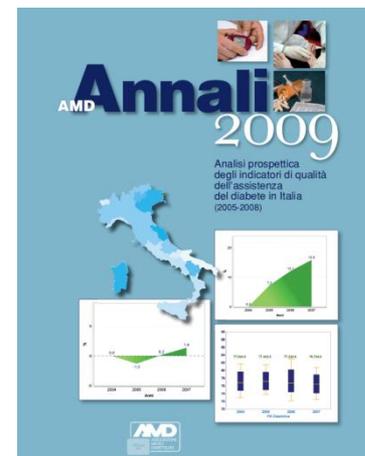
- primi accessi
- prevenzione delle complicanze
- screening delle complicanze
- ambulatori dedicati per temi

In una logica di rete integrata e non di duplicazione di funzioni

Sapere e Saper Fare



efficacia
teorica



efficacia
pratica

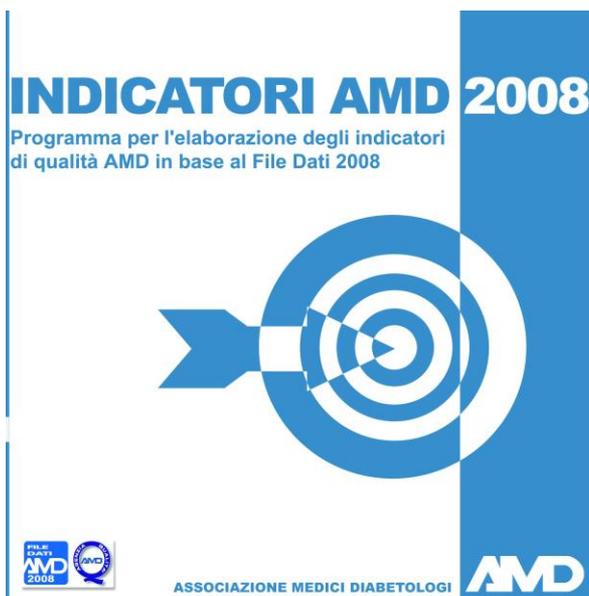
Elaborazione del 13/08/2008
Periodo analizzato ai fini del calcolo degli indicatori dal 1/1/2007 al 31/12/2007

INDICATORI AMD pazienti diabetici di tipo 1 e 2 UOD Spedali Civili di Brescia

GENERALI / RAPPORTO CON DIABETICI ATTIVI

Indicatore	Tipo	Pazienti tipo 1		Pazienti tipo 2			
		Num.	Perce.	Bon.Num.	Bon.Perce.		
01 - Distribuzione per classificazione diabete		1078	14,23%	6321	83,77%		
02 - Numero primi accessi		144		859			
03 - Distribuzione per sesso della popolazione assistita	Maschi	57253	1,11%	99,91%	371250,72%	100,00%	
	Femmine	50546	0,99%	99,91%	260941,28%	100,00%	
04 - Età media della popolazione assistita		45		100,00%	66,7	100,00%	
05 - Distribuzione della popolazione assistita per 9 classi d'età	<= 5	0	0,00%	100,00%	0	0,00%	100,00%
	da 5 a 15	0	0,00%	100,00%	1	0,02%	100,00%
	da 15 a 25	103	9,55%	100,00%	1	0,02%	100,00%
	da 25 a 35	23521	2,00%	100,00%	36	0,57%	100,00%
	da 35 a 45	28426	2,35%	100,00%	213	3,37%	100,00%
	da 45 a 55	17816	1,51%	100,00%	63510	0,05%	100,00%
	da 55 a 65	14613	1,24%	100,00%	175027	0,69%	100,00%
	da 65 a 75	89	0,26%	100,00%	234937	1,16%	100,00%
	>75	43	3,99%	100,00%	133621	1,14%	100,00%

Migliorare la Best Practice Gli Strumenti



**Software Indicatori
AMD**

Gli Annali AMD

Annali 2010: focus sui primi accessi

✓Le recenti evidenze sottolineano l'importanza di un intervento tempestivo ed intensivo sul controllo metabolico e i fattori di rischio cardiovascolare



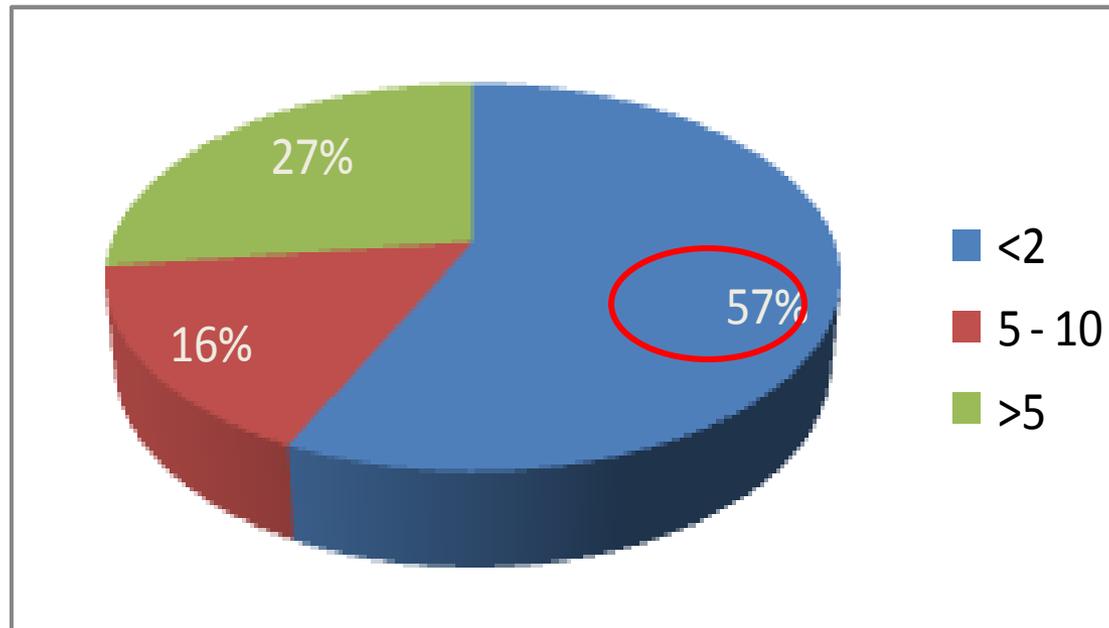
✓**Cosa accade nella realtà italiana?**

Annali AMD 2010

Database di **46.513** primi accessi del 2009
(11.2% di tutti i casi con DM2 visti durante l'anno)

Novità 2010: focus sui primi accessi

Durata del diabete (anni) al primo accesso al SdD

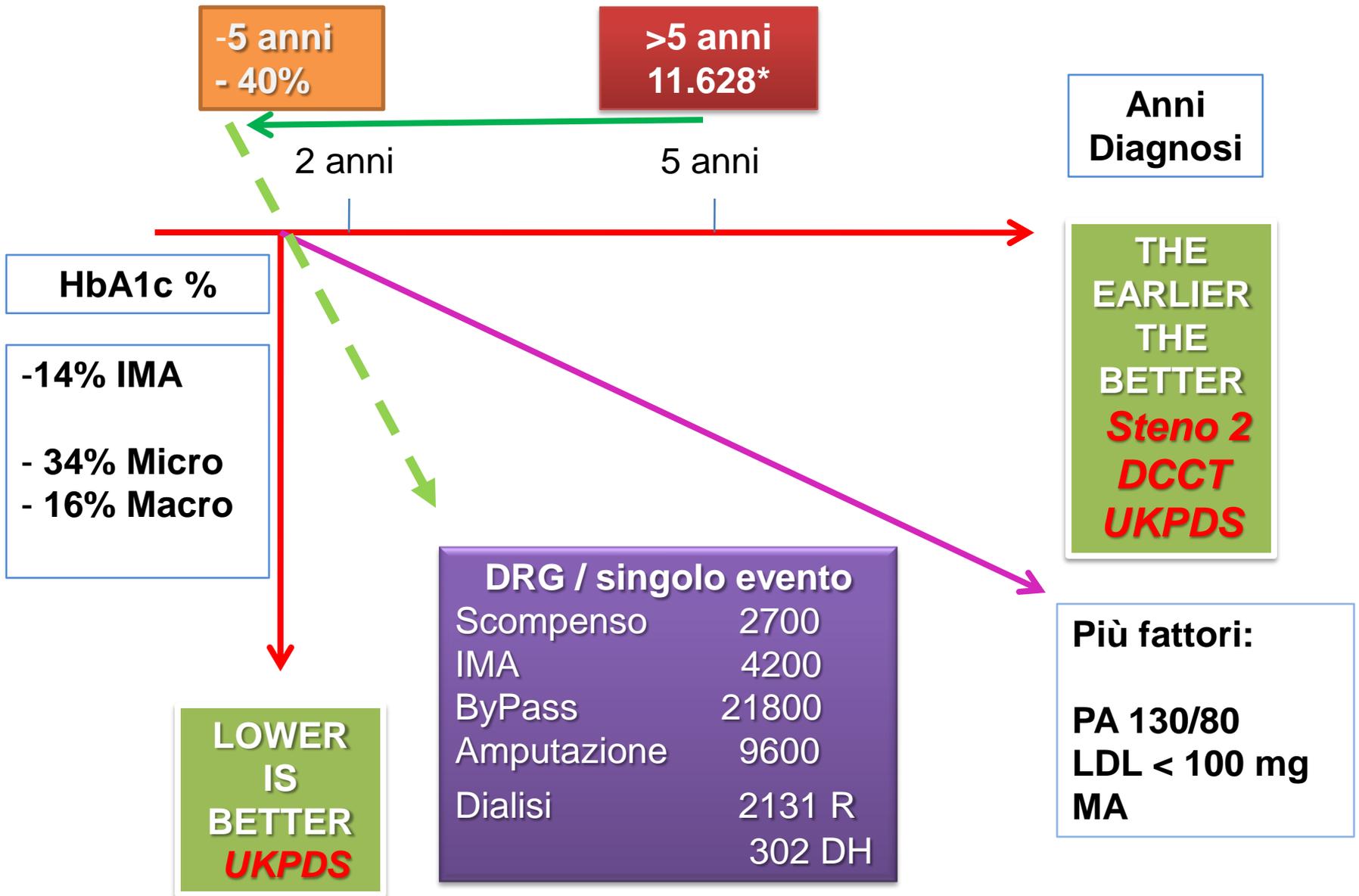


Nei pazienti inviati precocemente dopo la diagnosi (durata diabete < 2 a)

✓ **38% dei casi presenta HbA1c >8.0%,**

✓ **12% ricorre alla terapia insulinica già alla prima visita**

INERZIA CLINICA ..?...?



* Annali AMD 2010

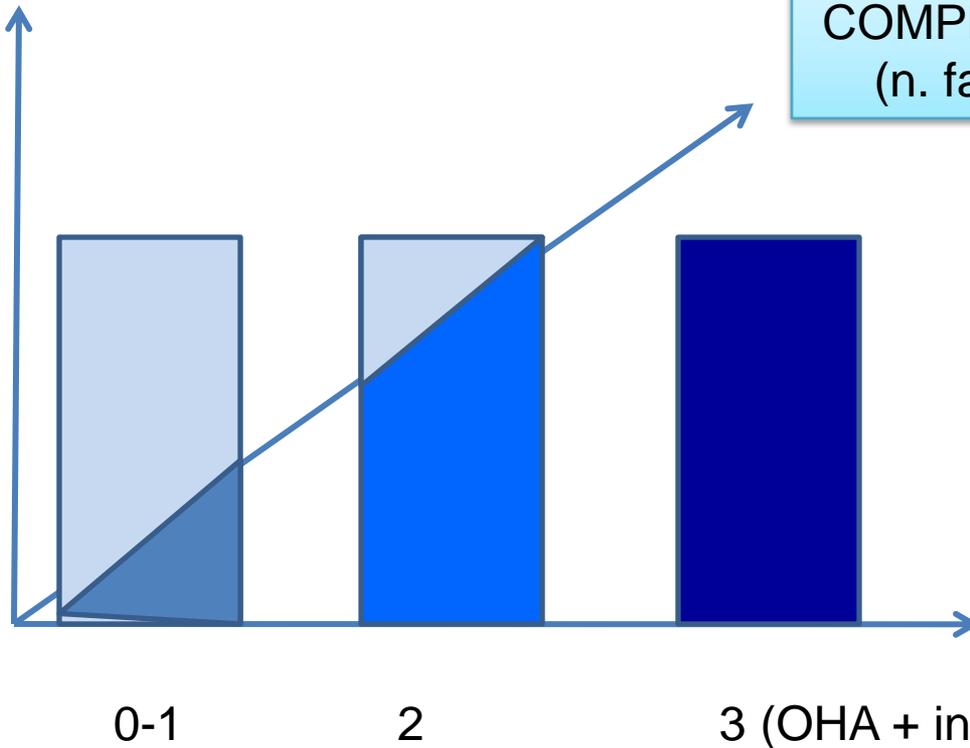
INTERPRETAZIONE DI DIFFERENTI DATA BASE PER ATTIVITA'



EFFICACIA
(n. pz a target
 $HbA1c \leq 7\%$)

COSTO
COMPLESSITA'
(n. farmaci)

INTENSITA'
COMPETENZE
(n. farmaci)



Lo stesso valore di HbA1c raggiunto in differenti condizioni di complessità e di intensità di cure presuppone competenze e livelli organizzativi diversi e forse wellengness diverse

LA RISPOSTA DI AMD



LA RISPOSTA DI AMD



Gli strumenti esistono già:

- Annali
- Comunicazione
- Educazione Terapeutica
- Formazione
- Qualità
- Percorsi
- Ricerca

In altre parole: La Governance AMD

Annali 2010: analisi regionali

- ✓ Come ridurre la variabilità inter-regionale per garantire maggiore equità di accesso alle cure?
- ✓ Misurandosi e confrontandosi (Annali AMD, *Nicolucci et al. Diabetic medicine*) + **valutazione della Q di vita.**
- ✓ Discutendo intensivamente i problemi, le barriere e le possibili manovre correttive nell'ambito di incontri regionali strutturati



Quality of Diabetes Care Predicts the Development of Cardiovascular Events: Results of the AMD-QUASAR Study

Authors: Maria C.E. Rossi¹, *MSc Pharm Chem*, Giuseppe Lucisano¹, *MSc Stat*, Marco Comaschi², *MD*, Carlo Coscelli³, *MD*, Domenico Cucinotta⁴, *MD*, Patrizia Di Blasi⁵, *MD*, Giovanni Bader⁵, *MD*, Fabio Pellegrini¹, *MSc Stat*, Umberto Valentini⁶, *MD*, Giacomo Vespasiani⁷, *MD*, Antonio Nicolucci¹, *MD*, on behalf of the AMD-QUASAR study group*

List of investigators: Alberto di Carlo, Lucca; Cristiana Baggione, Paolo De Carlo, Firenze; Angelo Venezia, Annamaria Guancialino, Matera; Clementina Cazzalini, Crema, CR; Augusto Lovagnini Scher, Cusano Milanino, MI; Romina Fani, Milena Santangelo, Laura Carini, San Benedetto del Tronto, AP; Giovanni Paolo Carlesi, Novi Ligure, AL; Elena Tortato, Fermo, AP; Silvio Sposito, Velletri, RM; Andrea Nogara, Chioggia, VE; Italo Tanganelli, Siena; Giuseppe Marelli, Giuseppina Pinelli, Desio, MI; Silvana Manfrini, Lucia Olivi, Senigallia, AN; Gianpaolo Testori, Nadia Cerutti, Milano; Concetta Suraci, Silvia Carletti, Roma; Donata Richini, Esine, BS; Barbara Catone, Savina Ceschia e Mariagrazia Urban, Gemona del Friulli, UD; Adriana Torri, Paolo Marengo, Garbagnate Milanese, MI; Valeria Manicardi, Elisa Manicardi, Montecchio Emilia, RE; Celestino Giovannini, Reggio Calabria; Giuseppe Reina, Rosamaria Bulla, Biancavilla, Adrano, CT; Cristina Capellini, Giuseppeina Oddo, Bergamo; Emilio Rastelli, Riccione, RN; Alice Valeria Magiar, Pescia, PT; Antonino Di Benedetto, Basilio Pintaudi, Messina; Luigi Sciangula, Melissa Bernardinelli, Mariano Comense, CO; Rossella Iannarelli, Anna Elisa Giuliani, L'Aquila; Gian Paolo Magro, Donatella Gaviglio, Cuneo; Ileana Poliaghi, Abbiategrasso, MI; Gabriella Garrapa, Erica Landini, PU; Paola Colletuori, Paola Romagni, Atri, TE; Pietro Pata, Messina; Luciano

Zenari, Negrar, VR; Luciano Carboni, Mirella Floris, Cagliari; Laura Sambuco, Grosseto; Adolfo Arcangeli, Sabrina Moni, Prato; Salvatore Turco, Elena Massimino, Napoli; Piero Melandri, Lugo, RA; Paolo Di Bartolo, Cipriana Sardu, Ravenna; Antonino Lo Presti, Francesco Gambina, Marsala, TP; Roberto Sturaro, Barbara Ferretti, Sanremo, IM; Modestina Albanese, Marina di Goiosa Jonica, RC; Alfonso Gigante, Antonella Cau, Nuoro; Liliana Rocca, Emanuela Zarra, Brescia; Silvestre Cervone, Arcangela Leggieri, San Marco in Lamis, FG; Fiorella Massimiani, Roma; Giosuè Ghilardi, Clusone, BG; Riccardo Fornengo, Federica Capano, Chivasso, TO; Giuseppe Mattina, Palermo; Massimo Boemi, Ancona; Antonino Pipitone, Adria, RO; Giuseppe Saglietti, Omegna, VB; Elisabetta Brun, Vicenza; Salvatore De Cosmo, Anna Rauseo, S. Giovanni Rotondo, FG; Augusto Travaglini, Patrizia Draghi, Terni; Mario Velussi, Aurisina, TS; Marco Comoglio, Maria Dora Zecca, Moncalieri, TO; Cesare Vincenti, Nicola Pastore, Maglie, LE; Alfredo Zocca, Milano; Paolo Acler, Sandro Inchiostro, Trento; Giuseppe Armentano, Serafina Filippelli, Rossano, CS; Adriano Gatti, Napoli; Orazio Vasta, Maria Macri, Randazzo, CT; Mario Pupillo, Angelo De Luca, Lanciano, CH; Vincenzo Paciotti, Pasquale Alfidi, Avezzano, AQ; Maria Bruna Diodati, Sulmona, AQ; Juliette Grosso, Federica De Marco, Castel di Sangro, AQ.

Coordinating Center: Riccarda Memmo

COMUNICAZIONE AMD

Con il suo staff spesso lavora di notte

Ci aggiorna

Ci informa

Ci accompagna in operazioni come:

- Audit di Subito**
- Le News**
- Le mail Alert**



**CERTIFICATO DEL SISTEMA
DI GESTIONE PER LA QUALITÀ**
QUALITY MANAGEMENT SYSTEM CERTIFICATE

Si dichiara che il sistema di gestione per la Qualità dell'Organizzazione
è conforme alle norme UNI EN ISO 9001:2008

AMD FORMAZIONE

Reg. No: 4298 - A

Indirizzo:
Via delle Moline, 90
00192 Roma Italia

È conforme alle norme in compliance with the standard

UNI EN ISO 9001:2008
ISO 9001:2008

Per i seguenti prodotti/servizi For the following products/services

Progettazione ed erogazione di eventi formativi residenziali e FAD e di formazione formatori in ambito professionale e di educazione continua in sanità

EA: 37, 38

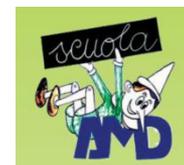
Il mantenimento della certificazione è soggetto a verifiche annuali e subdichiarate a vigilanza dei tecnici accreditati CERMET.
Mantenimento della certificazione a supporto di attività relative agli aspetti operativi attraverso il CERTIFICATTO UNI EN ISO 9001:2008.
Sottoscrivo e rinnovo questo per il raggiungimento di requisiti della norma UNI EN ISO 9001:2008.
Refer to quality manual for details of conditions of ISO 9001:2008 maintenance.

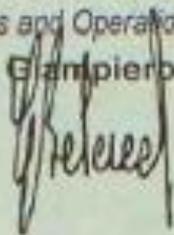
Numero certificato/Certification number: 0044-0270
Data validazione/Validity date: 2019-10-02
Prossima scadenza/Validity expires: 2020-10-12

Dirigente Commerciale e Operativo
Sales and Operations Manager
Giuseppe Belcredi

Dirigente Generale
General Manager
Roberto Trippoda





Rilascio certificato/Certificate issuance:	2004-02-13	Direttore Commerciale e Operativo <i>Sales and Operations Manager</i> Giampiero Belcredi	Direttore Generale <i>General Manager</i> Rodolfo Trippoda
Ultima modifica/Last modification:	2010-10-25		
Prossimo rinnovo/Following renewal:	2013-02-12		

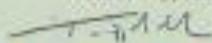


ISO N° 9074
ISO N° 9080
ISO N° 9001
ISO N° 9004
ISO N° 14001
ISO N° 15189

Membro degli accordi di riconoscimento EA e IRF
Signatory of EA and IRF Mutual Recognition Agreements



CERMET
Certification and research for quality

Rilascio certificato/Certificate issuance:	2004-02-13	Direttore Commerciale e Operativo <i>Sales and Operations Manager</i> Giampiero Belcredi	Direttore Generale <i>General Manager</i> Rodolfo Trippoda
Ultima modifica/Last modification:	2010-10-25		
Prossimo rinnovo/Following renewal:	2013-02-12		



ISO N° 9074
ISO N° 9080
ISO N° 9001
ISO N° 9004
ISO N° 14001
ISO N° 15189

Membro degli accordi di riconoscimento EA e IRF
Signatory of EA and IRF Mutual Recognition Agreements



CERMET
Certification and research for quality

CERMET Soc. Coop. a r.l. - Via Salaria 23 - 00137 Capannelle (Roma, Italia) - Tel. +39 06 734 211 - Fax +39 06 732 332 - www.cermet.it



AMD Formazione



Roma, 9 novembre 2010

Oggetto: "AMD – Formazione"

Care Amiche e cari Amici,

siamo lieti di annunciare la nascita in quel di Firenze, domenica 25 ottobre 2010, di **AMD-Formazione** "epocale conquista" per AMD e per la Scuola, che si viene a collocare, con puntuale tempestività, nel contesto dell'ulteriore evoluzione della politica societaria per la Formazione, alla luce delle opportunità che "le nuove regole dell'ECM" hanno offerto ad AMD e al suo braccio tecnico, la Scuola Permanente di Formazione AMD.

Il processo ha visto il suo avvio con la formalizzazione, in data 7 settembre 2009, del mandato specifico al Gruppo Scuola: "Semplificare il percorso Qualità ed apertura nei confronti dei soci, mantenendo la certificazione. Progettare attività che collimino con la mission di AMD e con il Grande Progetto AMD" e che ha visto il raggiungimento dell'obiettivo prioritario assegnato dal mandato del CDN AMD, il mantenimento della Certificazione Scuola, con la visita ispettiva CERMET, tenutasi a Pinerolo il 20 febbraio 2010.

Programma

**1° Commitment Nazionale
della Scuola Permanente
di Formazione Continua AMD**

**Il percorso "Basal Plus"
all'interno di un modello AMD
disegnato per migliorare
le performance**

TORINO - 12/13 dicembre 2010

Star Hotel Majestic - Corso Vittorio Emanuele II, 54

sanofi aventis

La salute, la cosa più importante



Responsabili Scientifici:

*Luigi Gentile
Sandro Gentile
Carlo Bruno Giorda*

Segreteria AMD

Cristina Ferrero

Segreteria Scuola Permanente di Formazione Continua AMD:

Indria Donati

Docenti e Moderatori:

*Antimo Aiello
Adolfo Arcangeli
Antonio Ceriello
Maria Rita Cavallo
Marco Comaschi
Domenico Cucinotta
Renato Di Nubila
Luigi Gentile
Sandro Gentile
Carlo Bruno Giorda
Giorgio Grassi
Marina Maggini
Fulvio Moirano
Giuseppe Marelli
Nicoletta Musacchio
Maria Antonietta Pellegrini
Umberto Valentini
Giacomo Vespasiani*



Programma 13 dicembre 2010

Tavola rotonda: "Dalle origini alle nuove sfide per la formazione in diabetologia"

*Domenico Cucinotta, Marco Comaschi, Giacomo Vespasiani,
Umberto Valentini, Adolfo Arcangeli, Sandro Gentile, Carlo
Bruno Giorda, Nicoletta Musacchio, Maria Antonietta Pellegrini*

Sessione: La "Macchina" AMD

Moderatori: Marco Comaschi, Giacomo Vespasiani

Quale il futuro dell'assistenza diabetologica in Italia?

Il grande Progetto AMD

Sandro Gentile

Il modello formativo AMD: la duttilità al servizio dello specialista e della rete di assistenza diabetologica

Luigi Gentile

Le nuove indicazioni per la qualità

Maria Rita Cavallo

La revisione degli step professionali nella formazione in diabetologia

Giuseppe Marelli



**Sinergia
tra
CDN
Gruppo Scuola
Consulta Presidenti Regionali**

Corso Base 2011

29/03 - 01/04

01/04 - 03/04

CLINICAL: le professioni sanitarie

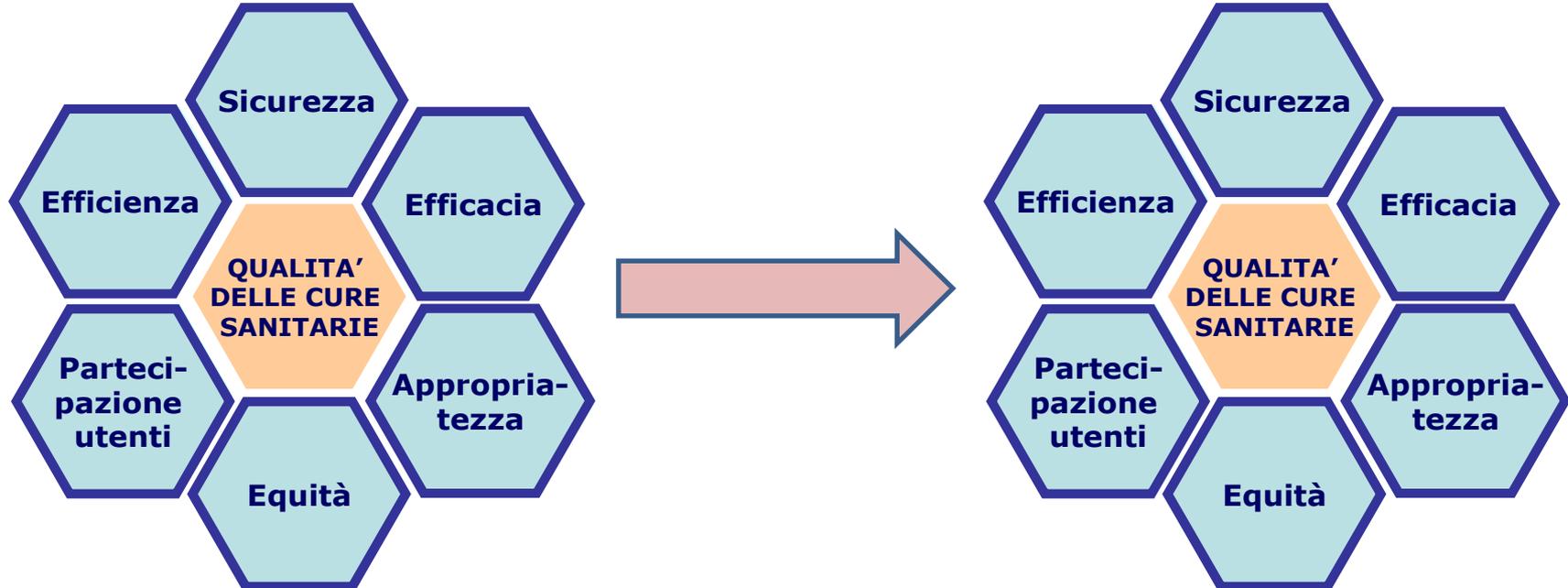
GOVERNANCE: gestione dei processi ... per il miglioramento

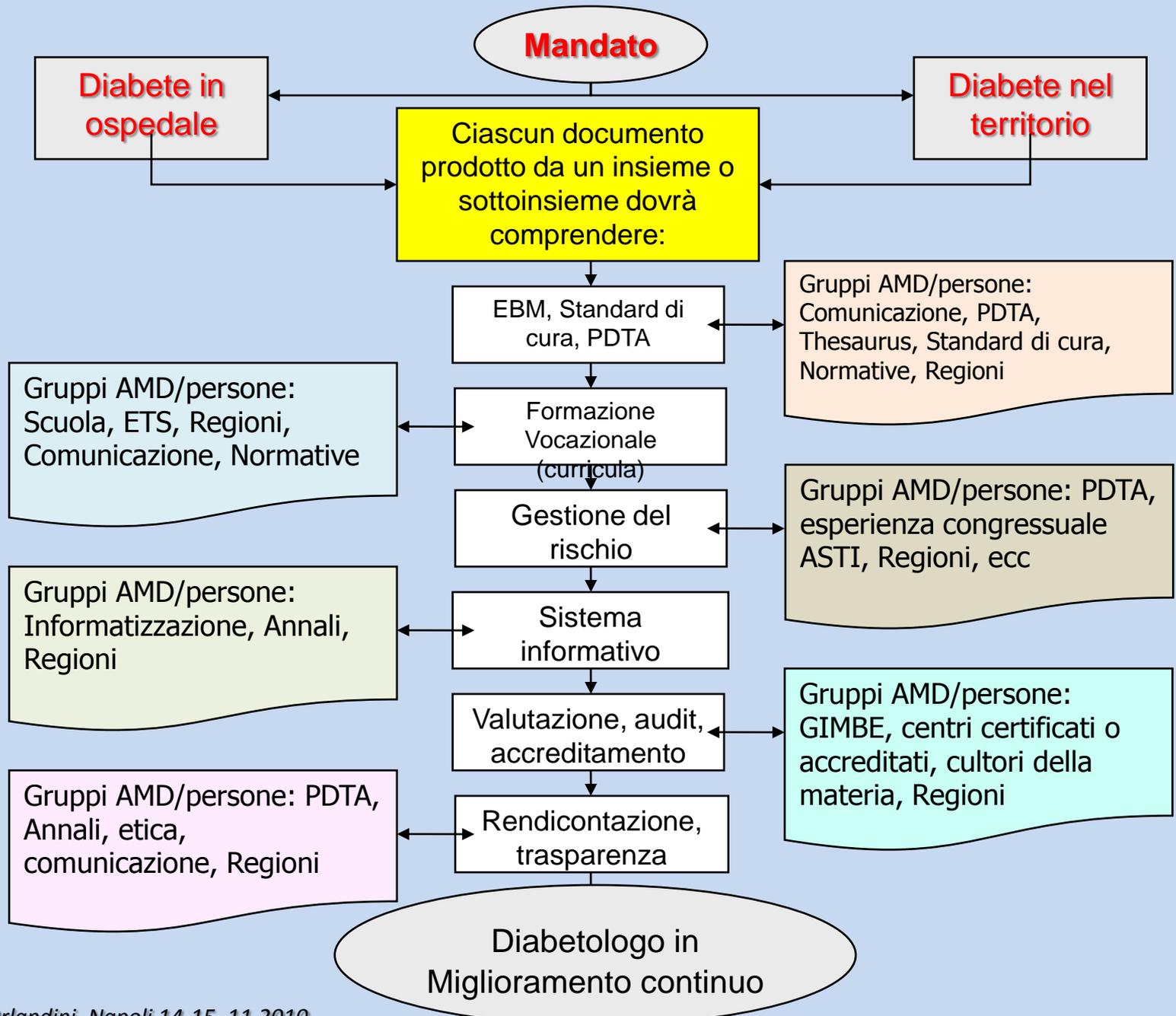
GESTIONE (MANAGERIALE -ORGANIZZATIVA) CLINICA DELL'ASSISTENZA



CG è un sistema di valori e strumenti per migliorare la qualità della pratica clinica: un insieme di obiettivi, strategie, responsabilità, strumenti finalizzati ad "allineare" i processi clinici a mete di qualità, sicurezza per migliorare gli esiti di salute in risposta ai criteri di equità, accessibilità, partecipazione, efficacia, efficienza, appropriatezza, sostenibilità che sono richiamati nei PSN

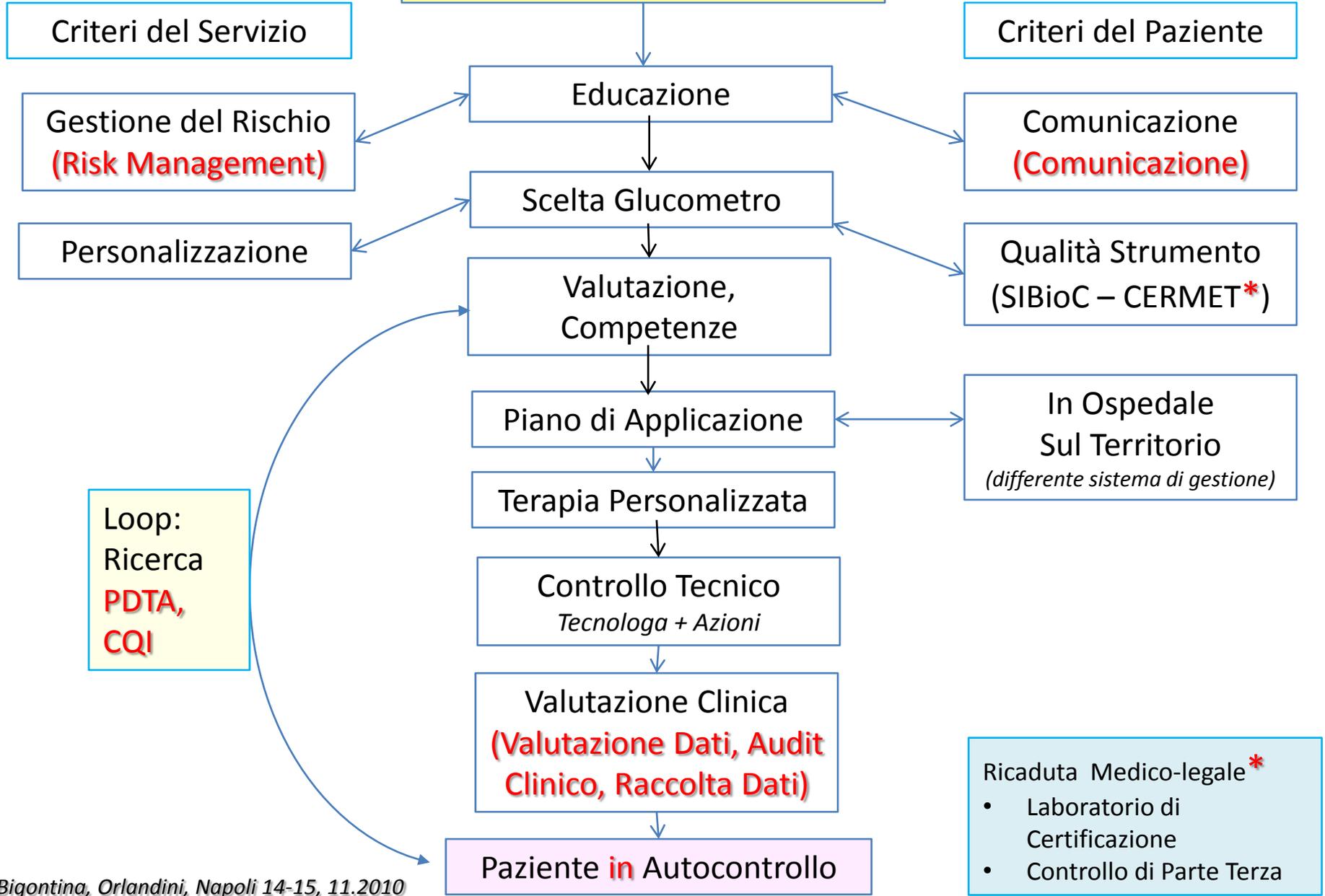
Da declinazione Teorica a Metodo applicabile ad ogni Processo





EBHC

Paziente **da** Autocontrollo



Diabete = malattia cronica

- il malato reinterpreta le indicazioni del medico
- non più di 1-2 su 5 malati seguono quello che prescrive il medico

Malattia Acuta

- il medico prescrive ed il malato esegue
- il più delle volte in ospedale
- interferisce per poco con le abitudini di vita

Malattia Cronica

- non funziona il modello della malattia acuta
- dura tutta la vita
- interferisce con le abitudini di vita di ogni giorno
- necessarie competenze in psicologia, comunicazione, motivazione

PERCORSO EDUCATIVO

Che cosa deve sapere

Che cosa deve saper fare

Quali scelte deve fare

Il medico deve convincersi che una prescrizione non condivisa dal paziente non serve a nulla, che il suo lavoro è compiuto quando il paziente ha accettato quello che lui gli sta dicendo

Il paziente deve provare a dire ciò che solitamente non dice:

***Così com'è, la terapia si scontra con la vita lavorativa o familiare?
Parliamone.***

Il medico non è una controparte ma è come un istruttore di guida che cerca di rendere autonomo il paziente

Alla mancanza di controllo è preferibile una terapia meno efficace ma seguita

PERCORSO EDUCATIVO

L'informazione è un processo passivo, incentrato su chi la fornisce

L'educazione è un processo interattivo incentrato su colui che apprende

In educazione si pianificano gli obiettivi da raggiungere e si applicano tecniche educative

Es: **Educazione Urgente**

rispetto ad un paziente in forte scompenso, neodiagnosticato, che deve accettare l'insulina, deve imparare a farla e deve riorganizzare la percezione del sé intorno alla diagnosi

ESEMPIO
EMBLEMATICO DI
CARENZE
EDUCATIVE



Lesione lipoipertrofica della cute, sede di reiterate iniezioni di insulina.

AUTOCONTROLLO

E' la massima espressione dell'educazione terapeutica

Quando è fatto al di fuori di una corretta impostazione educativa non solo è inutile ma rappresenta una spesa inappropriata

Il team diabetologico dedica molte energie per insegnare al paziente a farlo in modo adeguato ai bisogni ed a controllarne la correttezza d'uso

Alcuni esempi indicativi di un uso scorretto, indicativi della necessità di un nuovo intervento educativo:

- *Scusi dottore, ho dimenticato il diario*
- *Diari perfetti "ricopiati"*
- *Il possesso e l'uso di più apparecchi*
- *Il confronto tra più apparecchi alla ricerca di quello "migliore"*
- *l'esecuzione dei controlli in modo ripetitivo e stereotipato*



SIMG
Società
Italiana
di Medicina
Generale



**DOCUMENTO DI INDIRIZZO POLITICO E STRATEGICO PER LA BUONA
ASSISTENZA ALLE PERSONE CON DIABETE**

Progetto DIOMEDE

Sperimentazione
Condivisione di Data Base tra
Diabetologi e MMG

Azione Istituzionale

Riconoscimento degli Annali AMD
Come Riferimento per la Programmazione



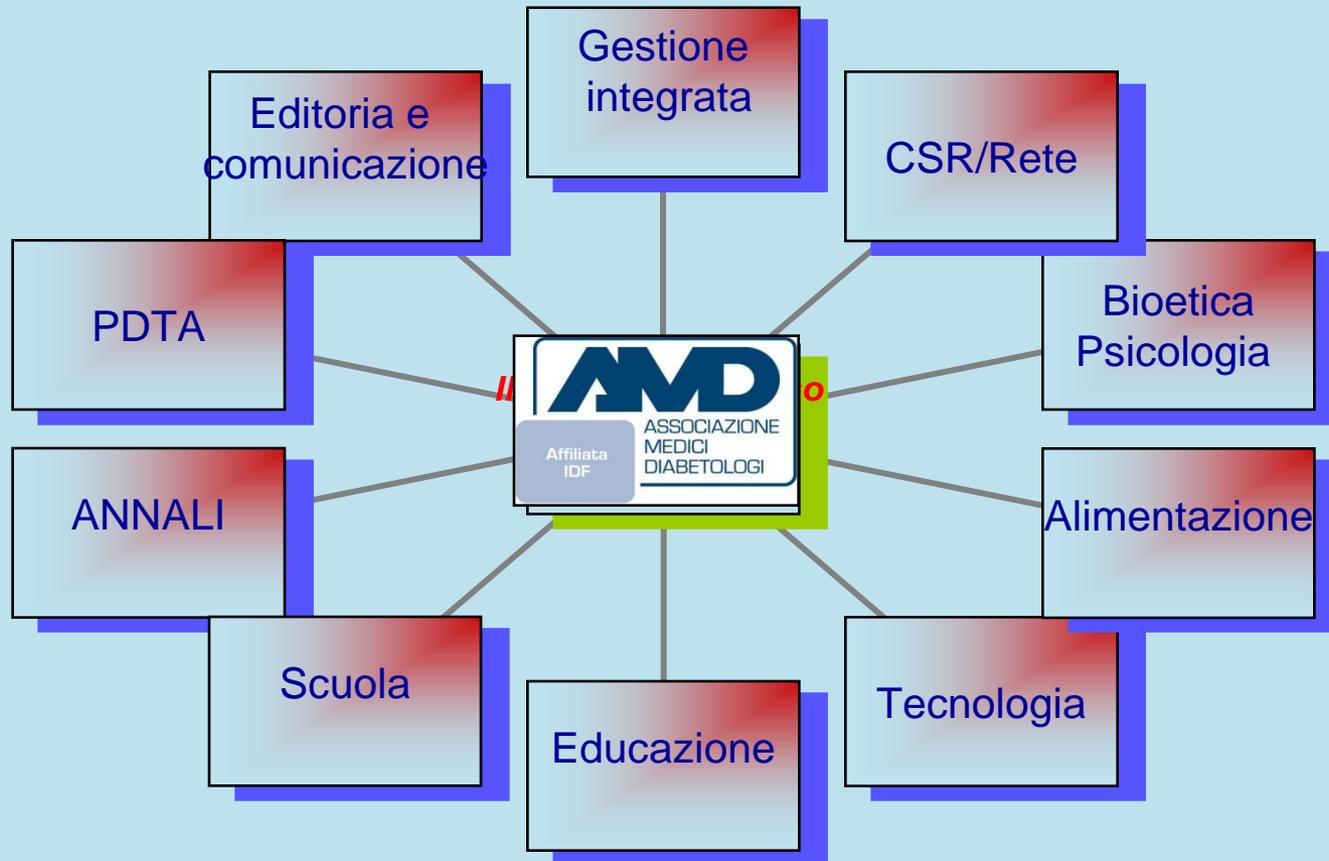
Ministero della Salute

*Consigliere del Ministro
Prof. Giovanni Simonetti*

La S.V., in qualità di Componente del Gruppo di Lavoro su "Diabete e Obesità", è invitata alla riunione che si svolgerà martedì 13 luglio 2010 alle ore 10.00 presso il Ministero della Salute, Via Giorgio Ribotta n. 5 - Roma, 1° piano, stanza AK17, corridoio arancione.

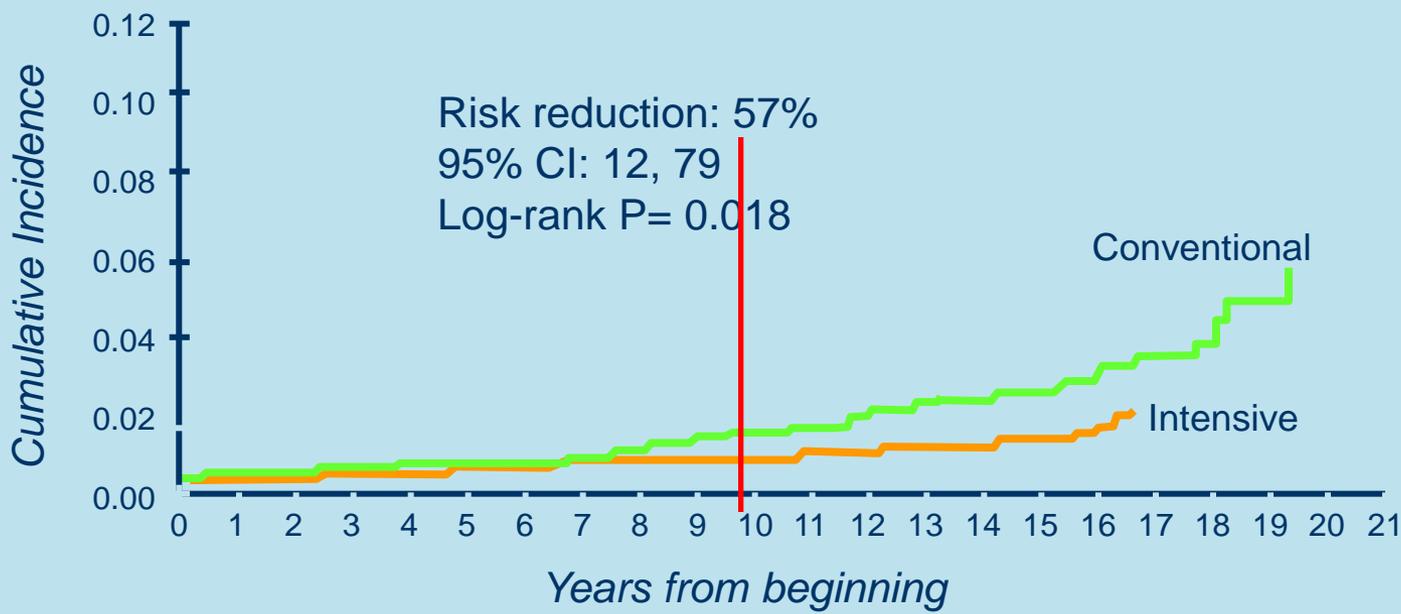
Prof. Giovanni Simonetti

AMD un insieme Strutturato



Cardiovascular events in the DCCT Trial and in EDIC follow-up

MI, Stroke and Cardiovascular Deaths

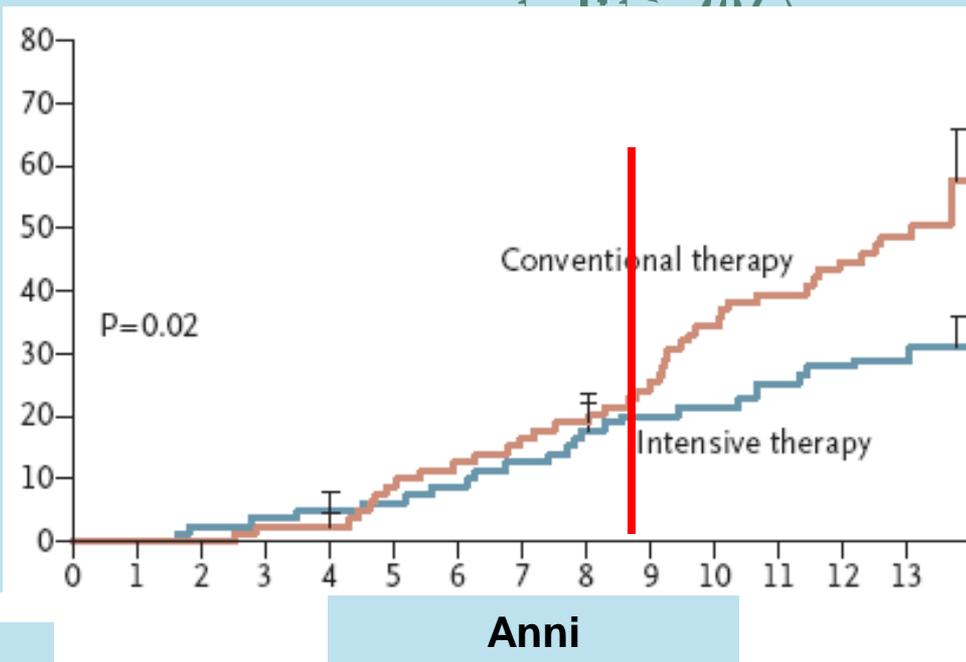


Intensive	705	686	640	118
Conventional	721	694	637	96

Studio STENO-2

Mortalità per tutte le cause

Incidenza cumulativa di morte



Riduzione rischio assoluto
20% ($p= 0.02$)

Hazard ratio
0.54 ($p= 0.02$)

N° a rischio

Intensivo

80 78 75 72 65 62 57 39

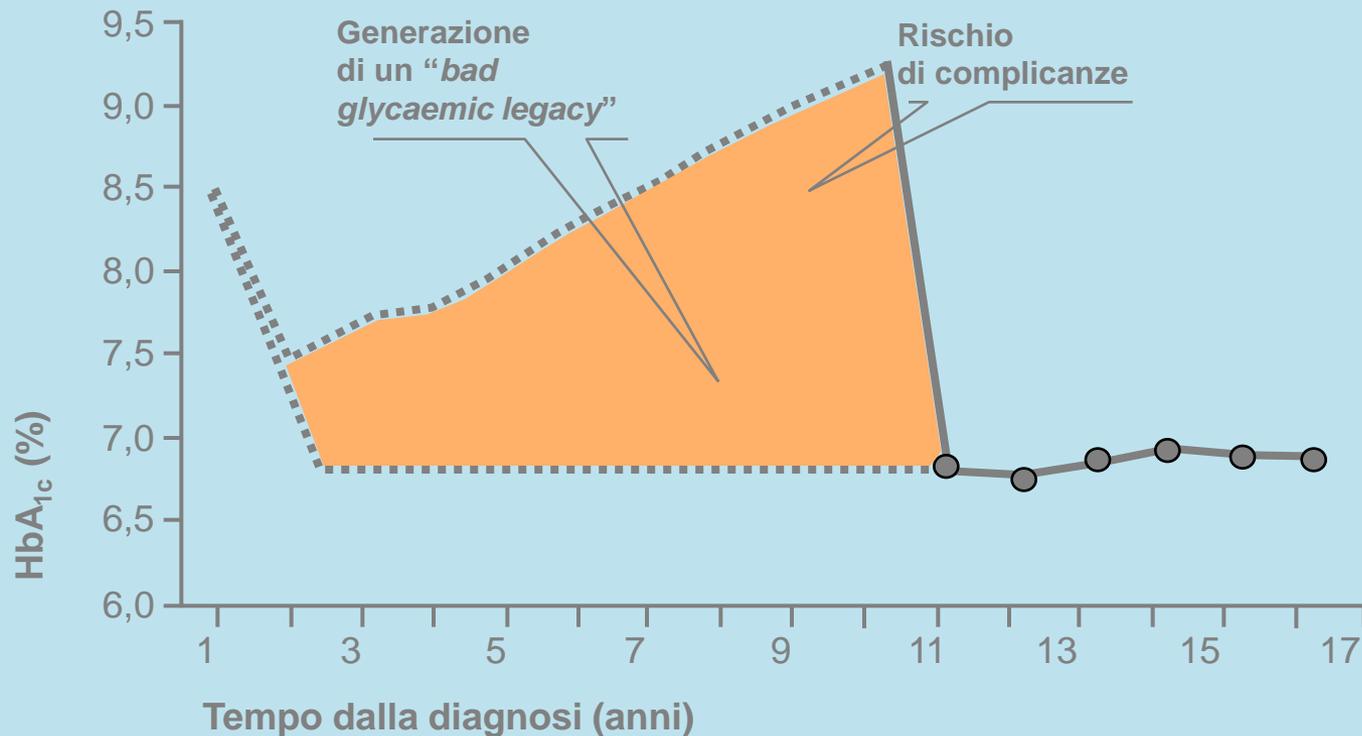
Convenzionale

80 80 77 69 63 51 43 30

La "cattiva" memoria metabolica aumenta le complicanze macrovascolari del T2DM

Prima dell'entrata nel VADT,
 braccio trattamento intensivo

Dopo l'entrata nel VADT,
 braccio trattamento intensivo



Bisogna intervenire prima!

- E' importante intervenire tempestivamente e intensivamente alla diagnosi/presa in carico, quando si può influenzare la memoria metabolica e il futuro
- Una corretta azione deve far sì che l'HbA1c raggiunga nei primi mesi il target di buon compenso, creando in questo modo una memoria metabolica positiva
- Per arrivare a ciò è necessario spingere sul "cambiamento culturale"

Quale progetto ?

La strada giusta non è far scendere l'HbA1c quando si è già assestata su valori scadenti, ma impedire che essa si deteriori cercando di intervenire intensivamente e tempestivamente



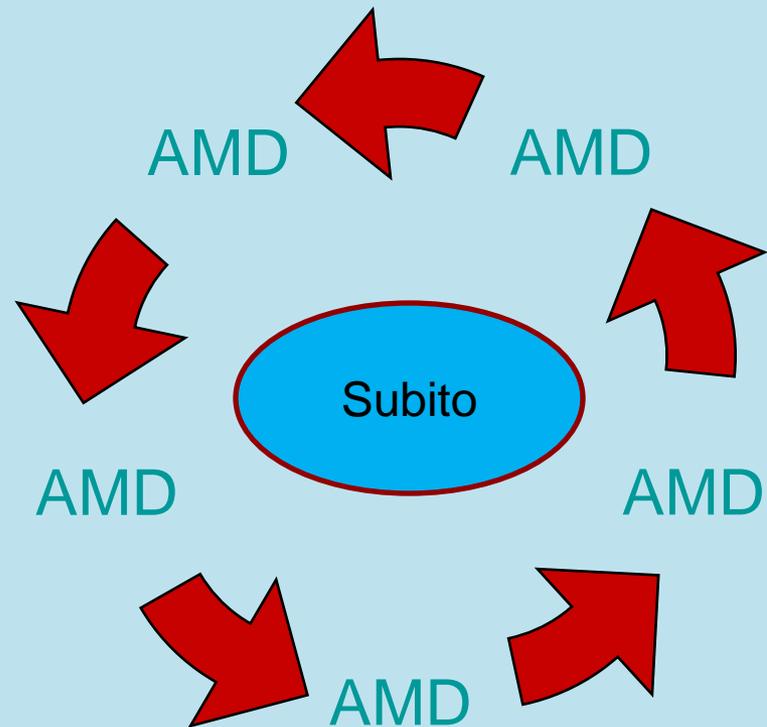
AGIRE Subito!

Una strategia di lungo precorso



Una nuova visione

**Non gruppi e attività
che ruotano attorno
AMD, ma AMD che
con le sue
componenti ruota
attorno a un
progetto obiettivo**



- ✓ **Subito.comunicazione**
- ✓ **Subito.ricerca**
- ✓ **Subito.formazione**
- ✓ **Subito.misura**
- ✓ **Subito.educazione**

Il Grande Progetto 2009-2013 della diabetologia italiana

OBIETTIVI SECONDARI

1. Valorizzare il ruolo unico del diabetologo, sul territorio e in ospedale, come gestore del compenso glicemico (HbA1c)
2. Valorizzare l'organizzazione già esistente della rete italiana dei servizi di diabetologia di cui AMD è espressione
3. Valorizzare le competenze uniche e insostituibili del team diabetologico nella complessa gestione del diabete
4. Potenziare al massimo il know-how complessivo dei diabetologi italiani attraverso un intervento concreto, condiviso e corale
5. Individuare servizi di diabetologia che lavorino in modo appropriato ed efficace



Il grande progetto 2009-2013 della Diabetologia Italiana

L'EVIDENZA

Migliore è il compenso metabolico nelle prime fasi della malattia, migliore sarà la prognosi del paziente nel tempo

"The earlier, the better"

L'OBIETTIVO PRINCIPALE

Migliorare il compenso metabolico alla diagnosi/esordio/presa in carico **il più tempestivamente possibile** al fine di ridurre il peso delle complicanze nei successivi 5 anni

GLI OBIETTIVI SECONDARI

- ✓ Valorizzare le competenze uniche e insostituibili del team diabetologico nella complessa gestione del diabete
- ✓ Valorizzare l'organizzazione già esistente della rete italiana di Servizi di Diabetologia di cui AMD è espressione
- ✓ Potenziare al massimo il know-how complessivo dei diabetologi italiani attraverso un intervento concreto, condiviso e corale
- ✓ Selezionare Servizi di Diabetologia che lavorino in modo appropriato ed efficace

AREE E MODALITÀ DI INTERVENTO



TEMPI DI REALIZZAZIONE

2009 -2013

ATTORI

- ✓ Servizi di Diabetologia collegati con AMD
- ✓ Presidenza, Consigli Direttivi Nazionali e Regionali, Gruppi di studio
- ✓ Aziende del settore e Istituzioni

AMD

La prima società scientifica con un obiettivo chiaro, etico, a medio-lungo termine
www.aemmedi.it/subito



ELBA SUBITO...

MARCIANA - MARCIANA MARINA -
- CAMPO NELL'ELBA - PORTOAZZURRO
- RIO MARINA - RIO NELL'ELBA - PORTOFERRAIO -
- CAPOLIVERTI -

5154

Vieni con noi *SUBITO!*

al CONGRESSO NAZIONALE

AMD

a Rossano Calabro

Arrivederci il 25-28 maggio 2011

Iscriviti *SUBITO!* ad AMD

ARRIVEDERCI A ROSSANO MAGGIO 2011

AMD Associazione
Medici Diabetologi

XVIII CONGRESSO NAZIONALE
ROSSANO (Cs) • 25 - 28 maggio 2011